



[http://www.fundacioorienta.com/cast\\_revista.html](http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html)

---

## TRANSVERSALIDAD EN LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Raúl Salmerón

*Psicopatol. salud ment. 2011, M3, 77-80*

---

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**EDITA FUNDACIÓ ORIENTA**  
[www.fundacioorienta.com/revista.html](http://www.fundacioorienta.com/revista.html)

# Transversalidad en la atención y continuidad asistencial

RAÚL SALMERÓN\*

*¿Quién será capaz de comprender del todo estos tres hechos inconcebibles:  
que existe, que es él y no otro y que antes no existía y un día dejará de existir?  
Arthur Schnitzler (1998)*

La intención de este escrito no es otra que perfilar someramente parte de la filosofía de nuestro trabajo en un hospital de día para adolescentes. Para ello habría que establecer un eje de base: el objetivo último de nuestra labor no es otro que tratar el sufrimiento de pacientes adolescentes con patología mental grave y el de sus familias. El término *paciente* proviene del latín *patiens* (“el que sufre”, “el que padece”) y cabe considerarlo más coherente que el concepto “usuario”, más cercano a un eufemismo y que pareciera dar a entender que uno consume servicios de salud mental porque –y como– quiere. Como terapeutas del sector público, casi “de cabecera”, estamos muy cerca de ese dolor del que hablamos, pero nuestra aproximación no sólo debe ser empática. Debe implicar además, un espíritu de entendimiento de las realidades que trabajamos. Es ahí donde resulta evidente la complejidad de dicho sufrimiento. Nuestros pacientes: chicos con trastorno mental grave, en riesgo de exclusión educativa y social o de aislamiento, en ambientes familiares a menudo desorganizados y frecuentemente conflictivos, con sintomatología polivalente de difícil catalogación, desvinculados terapéutica y socialmente.

Sin estar de acuerdo con muchas de las prácticas actuales, no negamos nuestra realidad ni nuestro tiempo. El neoliberalismo es nuestro marco socio-histórico y debemos adaptar a él nuestra práctica. Pero somos clínicos. Nuestra filosofía de trabajo parte de la experiencia de más de cuatro años de atención a estos chicos,

con aciertos y errores, de los que intentamos aprender. Algo de lo que creemos estar tomando cuenta, es del riesgo que supone considerar la realidad del sujeto desde una sola cara, unívocamente, pensando que atendiendo ese único aspecto, el resto mejorará en cadena o, peor aún, obviando la importancia del resto de factores. Ahí la gama de focos favoritos va desde el cerebro biólogo puro, al mundo inconsciente psicoanalítico en modo ortodoxo, pasando por la buena fe normalizadora a nivel conductual y educativo, hasta un abordaje familiar exclusivo que niegue lo idiosincrático del sujeto. Todo depende de la orientación teórica del terapeuta o el recurso en que buenamente caiga el paciente. Sabemos que la mayoría de nuestros colegas creen realmente en la complejidad bio-psico-social y ahí es donde nos gustaría abrir una discusión acerca de cómo operar realmente en red sobre dicha complejidad. Otro aspecto fundamental es el acompañamiento al paciente por su periplo asistencial, evitando las discontinuidades no terapéuticas y las desvinculaciones evitables.

Pensamos que la atención en salud mental debe conformarse a la imagen y semejanza de la persona y no a la inversa. Somos nosotros los que estamos al servicio del paciente y debemos adaptarnos a él, ser usados por él. Creemos además en un sujeto que, como entidad compleja, la encuentra en el cruce entre, como mínimo, dos ejes interdependientes: por un lado, un eje transversal, que da cuenta de la variada red de circunstancias y relaciones consigo mismo y con su entorno familiar y

\* Psicólogo, psicoterapeuta. Fundació Hospital de Dia Nou Barris. Barcelona  
Correspondencia: raulsalme@yahoo.es

social. Por otro lado, un eje longitudinal, que refleja la continuidad temporal de su vida. El aquí y ahora de cada uno de nosotros viene determinado por nuestro flujo histórico y viceversa. *Complejidad* es lo que mejor define al ser humano, con sus pulsiones, su soma, su mundo consciente e inconsciente, su entorno social y familiar, sus relaciones internas y externas, su historia. Por tanto y desde la base de un trabajo realmente creado para el paciente, intentamos tener en cuenta esa complejidad y temporalidad de lo subjetivo e identitario.

Que nuestros pacientes presenten en su mayoría graves desordenes caracterológicos y se encuentren, a menudo, con intensos problemas familiares y sociales, además de estar en plena adolescencia, hace aun más fructífera dicha aproximación. Prácticamente todo en la persona está “patas arriba”. Ello supone mucho trabajo, pero también una oportunidad única. Una diferencia, no meramente anecdótica, entre la red de adultos y de adolescentes es que ésta última atiende, con bastante más frecuencia, crisis intensas. Del mismo modo que el niño presenta más plasticidad para aprender idiomas, los adolescentes, incluso los más enfermos, presentan más capacidad para reorganizar su mundo interno y sus relaciones con el exterior. La adolescencia es un periodo de reorganización, de reapertura de los elementos de base de la infancia con el fin de definir una identidad adulta, un hito preeminente en el proceso de subjetivación. La sociedad empieza a imponer exigencias para ocupar un lugar en ella. Si todo va bien, se pasa de la indiferenciación entre el individuo y sus objetos primeros a la integración como sujeto diferenciado en dicha sociedad. Por otra parte, desde lo clínico, en la enfermedad, las rupturas psicopatológicas, las fallas defensivas, son oportunidades privilegiadas para incidir, para trabajar terapéuticamente. En realidad, tampoco se trata exclusivamente de lo que se hace, sino de cómo se hace. Contener dichas crisis sin entenderlo únicamente como apagar un fuego sintomático hasta extinguirlo, interpretándolas como un mensaje más complejo que da cuenta de la rica estructuración de toda la persona y una vía de entrada a su mundo interno, puede permitir que el efecto de la intervención sea mucho más amplio, promoviendo más fortaleza y flexibilidad frente a los conflictos. Extrapolando, tampoco se trata de trabajar en red porque sí, sino de cómo y por qué se trabaja en red. Ir poniendo “tiritas” no mejora la calidad de vida de nuestros pacientes y cronifica

el problema, aumentando costes de hospitalización y farmacológicos.

La red de salud mental no se formó como cortesía social. Su origen fue esta concepción holística del paciente y la idea de que los servicios debían dar cuenta de ello. Por desgracia esa coherencia de base se viene perdiendo de forma masiva. Pretenden que creamos que algunos servicios prestan una atención real en tiempos y lógicas difícilmente justificables más allá de cumplir con los tiempos de alta o que la mera cuantificación de variables aisladas (¿cómo aislar tanta complejidad?) define la verdadera calidad asistencial. Se pervierte el fin de nuestra labor. El paciente podría estarse convirtiendo en material de consumo para el automantenimiento de un sistema de salud mental regido cada vez más por criterios menos clínicos y más económicos. La red es necesaria terapéuticamente, pero no cualquier red es buena.

Aun siendo psicoterapeutas ponemos mucho énfasis en lo social porque consideramos que el devenir de la psicoterapia con el paciente, incluso la psicodinámica, depende y se retroalimenta de los avatares de la vida. La mayoría de nuestros pacientes sufren importantes trastornos en su personalidad y pertenecen, en su mayor parte, al diagnóstico descrito por Kernberg (1979) como “personalidades fronterizas”. Otro grupo destacado lo forman los pacientes psicóticos. Si sabemos que uno de los aspectos fundamentales respecto de los trastornos mentales graves (TMG) es la *desorganización*, tal vez eso conecte directamente con la atención transversal, permitiendo organizar de afuera hacia adentro, y viceversa, el mundo interno del paciente y sus relaciones. Si otro aspecto fundamental es la dificultad de individuación y separación, con la atención longitudinal como referente, podemos intentar trabajar con el paciente el darle sentido a la propia historia y elaborar simbólicamente la relación con los objetos primarios, permitiendo crecer y adquirir una identidad autónoma.

Desde nuestro equipo planteamos una idea de trabajo basada en varios ejes, cada uno de ellos con dos polos aparentemente antitéticos y de cuyo movimiento de oscilación, consideramos, emerge un resultado terapéutico: el eje crisis-contención, el de vinculación-desvinculación, el de dependencia-autonomía, eje individuo-sociedad y eje principio de placer-principio de realidad. Dado lo acotado del espacio sólo me detendré en los dos primeros.

### Eje crisis-contención

¿Qué hacemos cuando acude un paciente diciéndonos que no tiene comida para cenar hoy?, ¿o cuando otro explica que ayer le pusieron una pistola en la cabeza y hoy van a venir a buscarlo a la salida del centro?, ¿qué, cuando una chica de 15 años afirma estar embarazada y no quiere que se lo digamos a su familia? ¿Cómo asumimos estas situaciones y las adaptamos a tu rol y a tu formación cuando se suponía que, como terapeutas, habíamos de mantener una posición neutra y un encuadre firme? Las situaciones de crisis en adolescentes con trastorno mental son muy frecuentes. Hacer algo tiene un efecto en el tratamiento transferencial. No hacerlo, también. Como decíamos, la ruptura de una homeostasis, puede permitir reencontrar un equilibrio más sano. Entendemos las crisis como oportunidades para entrever y trabajar los núcleos de conflicto, una oportunidad para que una actuación terapéutica permita cambios de posición no limitándonos a contener lo sintomático. En el polo opuesto, creemos que, la mayor parte del tiempo, un encuadre organizacional definido y de límites claros ayuda a estructurar el mundo interno. En contexto del hospital de día, los educadores tienen una función privilegiada en ambos casos. El espacio institucional y comunitario sirve de escenario para la representación del mundo fantasmático, transferencial y relacional del paciente. El intenso trabajo con las familias amplía la perspectiva y los ámbitos de actuación. Todo ello permite elaborar un diagnóstico complejo, multidimensional y más ajustado a la realidad, en base al cual incidir directamente no sólo desde la elaboración, la palabra, el pensamiento y el acto terapéutico, sino también abriendo a la intervención en red. Deseamos trabajar la transversalidad dentro y fuera del hospital.

### Eje vinculación-desvinculación

Dado que nuestros pacientes presentan en su mayoría lo que Luis Feduchi define como una “intensa intolerancia a la necesidad” por su estructura narcisista, nuestra primera lucha es que se puedan vincular, lo cual implica establecer una relación de confianza y demanda a un otro. Sin vínculo no hay tratamiento. El vínculo es tratamiento. El hospital de día puede ser un espacio intermedio entre lo familiar y lo social. Un espacio transicional (en el sentido de Winnicottiano 1972), en el interjuego dentro-fuera que encamina hacia la

individuación y la subjetividad, dado que pasamos a ser algo muy propio de pacientes y familias pero, a la vez, somos un servicio público y por tanto, representantes sociales, traspasados por la organización social-cultural y la ley. Finalmente, trabajar seriamente la desvinculación en el momento del alta, permite elaborar las dificultades de separación respecto de las figuras parentales. A todo esto, cabe señalar que, en ocasiones, no hay donde vincular a nivel social ¿Qué ocurre con los pacientes de entre 16 y 18 años que no pueden ni trabajar ni estudiar dada la gravedad de su psicopatología? Hasta los 16 años los sistemas educativos hacen lo que pueden por contener las situaciones. Estos dos años son puerta de entrada fundamental a lo social, aunque éste social haya de ser un entorno protegido. No hay centros de día para menores de 18 años y en el entorno de Barcelona únicamente contamos con dos unidades médico-educativas (UME) totalmente saturadas. ¿Qué decir del centro residencial de acción educativa (CRAES) y de los equipos de atención a la infancia y adolescencia (EAIAS)? ¿Hacemos nosotros función rehabilitadora de centro de día? Ni siquiera nos lo podemos plantear dados los plazos de estancia que se nos imponen ¿Dejamos que los chicos se queden enclaustrados en su casa? ¿Y los pacientes que no pueden vivir en ella por conflictos propios o de su familia? Nos parece remarcable que en otros países existan pisos protegidos para jóvenes. La patología mental grave en menores existe y no se puede esconder bajo la alfombra. ¿De qué lado queda esto, de lo social o de lo terapéutico? Creemos que es indisoluble. Excluir genera exclusión y éste agravamiento y cronificación de los funcionamientos patológicos.

Nuestra manera de trabajar desde el hospital de día intenta partir de la visión de la clínica ya mencionada. Nos ofrecemos como un servicio que centralice durante un tiempo que debería ser suficiente, un abordaje amplio del paciente. Realizamos un diagnóstico complejo y multidimensional y, a partir de ello, asumimos la gestión y la terapéutica del caso temporalmente. El resto de aspectos los centralizarán los servicios correspondientes a las necesidades evaluadas como prioritarias. Habría, eso sí, que supervisar la adecuada articulación de todas las intervenciones. No necesariamente hemos de ser nosotros quienes lideremos esa función, si otros aspectos son más destacados como, por ejemplo, en pacientes que precisan de los servicios de protección al menor o justicia. La atención habría

## Transversalidad en la atención y continuidad asistencial

de contemplar el mundo interno y relacional, así como la relación con el resto de servicios necesarios para trabajar todos los aspectos que atañen a aquella transversalidad que atraviesa al sujeto. Finalmente, durante el proceso de alta, procuramos llevar a cabo un cuidadoso traspaso a los servicios correspondientes. Como decíamos antes, la desvinculación es parte fundamental del tratamiento.

Privilegiamos lo terapéutico porque es nuestro campo, pero la experiencia nos ha demostrado que si, desde el momento mismo en que se inicia el tratamiento, no nos dejamos traspasar por los aspectos fundamentales de la realidad social, no hay clínica posible. Por otra parte procuramos que el aquí y ahora del paciente sirva de núcleo que articule su pasado y su futuro, tanto en la elaboración subjetiva de éstos como en un paso coherente y pensado por la red de salud mental (contemplando pues la longitudinalidad de un modo amplio). Nos proponemos como una suerte de yo auxiliar que acompañe durante un tiempo en el que se abra la posibilidad de una cierta reorganización de

la personalidad. Dicha habilitación de la persona es susceptible de variar y de ello depende una mayor fortaleza frente a los conflictos internos y sociales.

¿Qué hacemos, pues, tratar o no tratar? Pensamos que es poco ético afirmar que lo hacemos verdaderamente si no se cumplen las condiciones mínimas para ello. Esas condiciones suponen tanto la existencia de recursos sociales y terapéuticos suficientes, en cuanto a espacios y tiempos, como a un trabajo verdaderamente coordinado, horizontal y que implique a todos y cada uno de los servicios. El sujeto es complejidad y no hay tratamiento sin atención global.

### Bibliografía

KERNBERG, O (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, Paidós.

SCHNITZLER, A (1998). *Relaciones y soledades*. Barcelona, Edhasa.

WINNICOTT, D. W (1972). *Realidad y juego*. Barcelona, Gedisa.